

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1916

PAR

GUESSIN (Peretz)

Né à Lozova (Russie), le 19 octobre 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*

PUECH, Prof. adjoint.

GALAVIELLE, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14. Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1916

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DE LA VESSIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DE LA VESSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1916

PAR

GUESSIN (Peretz)

Né à Lozova (Russie), le 19 octobre 1890

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

PUECH, Prof. adjoint.

GALAVIELLE, Agrégé.

LAPEYRE, Agrégé libre.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1916



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie ..	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIREB.
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (J.).
Chimie médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O. *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (*), agr. lib. ch. de c.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	VEDEL, agr. lib. ch. d. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agr. lib. ch. d. c.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. RICHE.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	CABANNES.	RIMBAUD.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	ROGER.
LEENHARDT.	P. DELMAS.	ETIENNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LISBONNE.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, Président.	MM. GALAVIELLE, Agrégé.
PUECH, Professeur adjoint.	LAPEYRE, Agrégé libre.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MA SOEUR

*Mes meilleurs sentiments et mon
amour fraternel.*

A MADEMOISELLE TATIANA IANOFF

Ma profonde estime.

P. GUESSIN.

A MON ONCLE ET A MA TANTE
MARK ET ELISABETH FRIEDLAND

*Souvenir et reconnaissance de quelques
années de mon enfance et de ma jeunesse.*

A MA TANTE PAULINE BELGOFF

Amitié et respect.

P. GUESSIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GALAVIELLE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

P. GUESSIN.

A MES EXCELLENTS AMIS
MAX POLIAK ET ANTOINE AMMOUN

A MES MALADES

MEIS ET AMICIS

P. GUESSIN.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux d'exprimer ici toute notre reconnaissance à notre maître M. le professeur Estor, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, dont il nous a inspiré le sujet et pour la rédaction de laquelle il nous a aidé de ses conseils éclairés. Nous nous rappellerons toujours les deux stages passés dans son service à l'hôpital Suburbain, ses leçons cliniques si instructives et que nous avons suivies avec tant d'intérêt et d'utilité pour notre instruction médicale. Qu'il nous soit permis de le remercier de tout notre cœur.

Nous nous en voudrions d'abandonner les bancs de cette Ecole sans adresser notre témoignage d'estime et de respect à notre excellent maître M. le professeur Lapeyre. Nous n'oublierons jamais ses leçons si attrayantes et les bons exemples qu'il nous a montrés pendant les deux ans de notre internat dans son service à la Clinique chirurgicale mutualiste. Nous avons pu apprécier à leur juste valeur ses qualités d'éminent chirurgien, sa conscience droite et son dévouement pour ses malades. Son exemple sera toujours présent à notre esprit et nous espérons pouvoir l'imiter dans notre carrière médicale.

Nous le remercions de tout notre cœur de l'amitié qu'il nous a témoignée et des conseils qu'il nous a prodigués au cours de nos études médicales.

Nos remerciements vont également à MM. les professeurs Puech et Galavielle qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Nous ne saurions quitter cette vieille Faculté, où nous avons passé six ans de notre vie d'étudiant, sans adresser un souvenir ému aux maîtres éminents qui nous ont fait aimer la science médicale, et à nos camarades qui nous ont aidé à passer les heures parfois difficiles que nous avons traversées, loin des nôtres et de notre cher pays.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES HYDATIQUES DE LA VESSIE

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

Les kystes hydatiques de la vessie sont assez rares. Ils viennent par ordre de fréquence après les tumeurs kystiques du foie, des poumons, du cerveau, etc. La symptomatologie de ces kystes affecte généralement une allure qui permet d'imposer assez facilement le diagnostic.

Charcot est le premier chirurgien qui ait étudié la question d'une manière complète. Il a publié, en 1852, un long mémoire où il traite du siège anatomique de ces kystes.

Avant Charcot, les kystes hydatiques de la vessie étaient considérés comme appartenant à un organe du petit bassin. Cette confusion résultait des adhérences intimes que contracte la vessie avec les autres organes du voisinage.

Après Charcot, d'autres auteurs publièrent des obser-

vations de kystes hydatiques, et notamment Pize, Fleckes, Perrin, etc. Dolbeau, en 1867, publie dans la *Gazette des hôpitaux* une « Note sur les kystes hydatiques du petit bassin » où les idées de Charcot se trouvent reproduites. « Chez l'homme, ces tumeurs se développent entre le rectum et la vessie: chez la femme, on les trouve entre le rectum et la paroi correspondante du vagin, C'est donc toujours la cloison recto-vaginale ou recto-vésicale qui est le siège de ces singulières tumeurs. »

Bouilly publie, en 1880, une thèse sur « Les tumeurs aiguës et chroniques de l'espace prévésical »; il y souligne la rareté extrême du kyste hydatique à la partie antérieure de la vessie et sa fréquence relative à la partie postérieure de cet organe.

Duplay publie dans les *Arch. génér. de médecine*, en 1887, une observation assez curieuse d'un kyste hydatique rétro-vésical.

En 1890, Legrand prétend que la plupart des kystes naissent dans la paroi même de la vessie.

Deux ans plus tard, Albarran, dans son livre : « Tumeurs de la vessie », combat la théorie de Legrand et conclut avec Charcot que ces tumeurs se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et plus fréquemment en arrière, entre la vessie et le rectum.

Au Congrès de chirurgie, en 1891, Tuffier conclut à l'implantation primitive du kyste hydatique dans l'aponévrose prostatopéritonéale.

Albarran communique à la Société de chirurgie, le 7 février 1900, une observation de kyste hydatique pré-vésical.

En 1901, le docteur Saxahansky (de Kiew) et le docteur Furstenberg publient dans les *Annales des maladies des*

organes génito-urinaires des observations intéressantes de kystes hydatiques rétro-vésicaux.

En 1904, M. le professeur agrégé Soubeyran, de la Faculté de Montpellier, a publié un cas de kyste hydatique rétro-vésical, observé dans le service de M. le professeur Tédénat.

Plus près de nous, Marion donne une observation d'un kyste hydatique rétro-vésical calcifié.

Enfin, cette année même, M. le professeur Estor a observé chez un militaire un kyste hydatique rétro-vésical dont il a bien voulu nous communiquer l'observation.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Nous n'avons pas besoin d'énumérer ici les notions générales concernant l'évolution biologique des échinocoques. Elles s'appliquent aux kystes hydatiques des autres organes.

L'âge paraît exercer une influence sur la maladie, qui s'observe généralement entre 20 et 50 ans. Nous citons dans nos observations quelques cas où ces kystes hydatiques ont été observés chez des sujets ayant dépassé la cinquantaine. Toutefois les enfants n'en sont pas exempts, quoique l'affection soit chez eux d'une extrême rareté. Notre observation IX, empruntée au docteur Nicolich (de Trieste) et extraite des *Annales des maladies des org. génito-urinaires* (1908) en est une preuve.

Le tube digestif et l'appareil circulatoire sont les deux voies habituelles de pénétration de l'échinocoque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes hydatiques de la vessie coexistent souvent avec les kystes de même nature des autres organes.

Leur volume peut atteindre la grosseur d'un œuf d'autruche, quelquefois même davantage. On en a vu qui remontaient au-dessus de l'ombilic (Obs. de M. le professeur Estor).

Leur forme arrondie, leur surface lisse, leur contenu ne les différencient en rien des kystes hydatiques des autres régions. Ils contractent des adhérences toujours assez intimes avec les organes voisins, qu'ils compriment.

Parmi les organes les plus intéressés, nous pouvons citer le rectum et surtout la vessie, qui est le plus souvent compromise dans ses fonctions physiologiques et qui nous donne souvent les premiers symptômes de l'existence d'une tumeur du petit bassin.

La majorité des auteurs, entre autres Charcot, Albarra et Tuffier, s'accordent à considérer le tissu cellulaire sous-péritonéal comme le lieu d'élection de ces kystes.

Legueu prétend avoir observé une tumeur kystique

dont le siège était extra-péritonéal. Ainsi chez la femme on peut observer des kystes hydatiques siégeant dans le cul-de-sac de Douglas.

Ces tumeurs se développent lentement. Elles décollent la séreuse et adhèrent intimement aux parois vésicales. Parfois ces adhérences sont si intimes qu'on pourrait croire à leur origine intravésicale ; mais la condition indispensable pour caractériser un kyste hydatique d'origine intravésicale, c'est la présence de fibres musculaires de même type que la musculature vésicale sur la face interne de ce kyste.

SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le début est généralement insidieux. « Les symptômes qui attirent ordinairement l'attention du malade, dit le docteur Furstenberg, sont les troubles de la miction : la fréquence et la difficulté de la miction, et parfois même la rétention complète d'urine ; moins constants sont au commencement les troubles du côté du rectum, comme la difficulté de la défécation et la constipation. »

Ce qui attire l'attention du malade, c'est une sensation de pesanteur dans le périnée, une gêne dans le bas-ventre où on constate la présence d'une tumeur arrondie, lisse, très peu mobile à cause des adhérences qu'elle contracte. On s'en rend parfois compte par le toucher rectal.

Le cathétérisme, lorsqu'il peut être pratiqué, fait constater un obstacle dans la région prostatique. Mais il est des cas où le cathétérisme ne peut se faire et le diagnostic devient alors difficile.

Le frémissement hydatique et la ponction exploratrice sont les meilleures preuves de la nature de la tumeur.

Par suite du développement de la tumeur, tous les

symptômes s'accroissent : la constipation augmente, la douleur devient plus vive ; l'élimination d'urine peut être troublée de différentes façons : tantôt pollakiurie exagérée, tantôt rétention.

L'autopsie révèle la dilatation des uretères et des reins.

On a recours à la laparotomie exploratrice dans le cas de diagnostic douteux ; c'est du reste le premier temps du traitement chirurgical.

Le pronostic des kystes hydatiques de la vessie doit être réservé en raison de l'état général du malade et des complications.

TRAITEMENT

Nous signalerons pour mémoire le traitement médical par le mercure et la térébenthine ; cette thérapeutique est complètement délaissée à l'heure actuelle.

« Le traitement doit être chirurgical, dit le docteur Furstenberg ; c'est-à-dire ce n'est plus à une ponction simple ou à une ponction aspiratrice qu'il faut recourir, mais à une ouverture large du kyste pouvant seule amener une guérison radicale. »

M. Segond préconise la voie périnéale ; quant à Tuffier, il lui préfère la taille hypogastrique.

Enfin, citons l'opinion du docteur Furstenberg : « Pour les kystes de grandes dimensions, remontant haut dans la cavité abdominale, la voie abdominale doit être préférée. La laparotomie donne beaucoup plus de jour et permet d'attaquer directement le kyste.

» La marsupialisation est la règle. Pour les kystes de petite dimension, difficilement accessibles du côté de l'abdomen, il reste la voie périnéale, et c'est la taille prérectale avec le drainage consécutif qu'il faut faire. »

Pour terminer, indiquons le procédé de Dévé, consistant à injecter un parasiticide dans le kyste avant son

ouverture. Ce chirurgien se sert pour cela d'une solution de formol à 5 p. 1000. Cette solution jouit d'un pouvoir bactéricide assez fort pour tuer les hydatides et éviter ainsi le danger de dissémination du germe dans la cavité péritonéale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur Estor.)

Kyste hydatique rétro-vésical.

S... Auguste, 32 ans, caporal au 341^e d'infanterie, entré le 1^{er} avril 1916 à l'hôpital auxiliaire n° 3, a été évacué du front le 3 octobre 1915.

Depuis 3 ans il s'est aperçu que son ventre augmentait de volume, et depuis un an il souffre de l'abdomen.

Homme assez robuste et dont la santé habituelle est satisfaisante.

Il présente une tumeur abdominale médiane, peu douloureuse à la pression, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mobile, rénitente, à limite supérieure à convexité dirigée vers le sternum.

Cette tumeur présente la plus grande ressemblance avec un utérus gravide de 6 mois.

Elle détermine des phénomènes gênants de pesan-

teur dans l'abdomen. Le malade nous déclare qu'elle s'élève ou s'abaisse suivant que la vessie est distendue ou vidée par la miction.

Opération le 11 mai 1916. — Incision abdominale médiane commençant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'à la symphyse pubienne.

Le péritoine une fois ouvert, on trouve une tumeur à surface lisse, de coloration blanc laiteux, rappelant l'aspect des grands kystes de l'ovaire, et nettement fluctuante. Une ponction à la seringue de Pravaz ramène un liquide clair comme de l'eau de roche ; elle démontre qu'il s'agit d'un kyste hydatique.

Le kyste est ponctionné, stérilisé, puis incisé et attiré au dehors. Il n'est pas possible de l'extérioriser en totalité car il est intimement uni par un large pédicule à la face postérieure de la vessie.

Marsupialisation et drainage par deux ou trois gros drains.

Suites de l'opération très simples. La cicatrisation n'est pas absolument complète le 20 juillet. Petit trajet nécessitant un pansement tous les quatre jours.

OBSERVATION II

(Soubeyran. — *In* Thèse Masmejean, Montpellier, 1905.)

L... Antoine, d'Arles, âgé de 34 ans, employé au P.-L.-M., entre dans le service de M. le professeur Tédénat, suppléé par M. le professeur agrégé Soubeyran (salle Bouisson, n° 10), le 26 juillet 1904,

Le malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite.

Rien dans ses antécédents soit héréditaires, soit personnels.

Le malade affirme n'avoir jamais eu de chien chez lui. En outre, chose remarquable, il n'a jamais eu de troubles urinaires.

Depuis environ deux ans le malade ressent de vagues douleurs au niveau du bas-ventre. Pas de localisations au point de Mac-Burney. Jamais de vomissements. Constipation habituelle.

Le 28 juin 1904, sans avoir commis d'excès et sans fatigue préalable, brutalement, comme un coup de couteau, le malade ressent une douleur vive dans la région appendiculaire, à 7 heures du matin exactement. Il peut à peine marcher. 10 minutes après, vomissements grisâtres. Deux heures plus tard, nouvelle crise douloureuse, suivie de syncope passagère avec nouveaux vomissements. Un médecin consulté ordonne une purge. Depuis ce moment, cessation complète des crises. Une douleur vague dans la région appendiculaire persiste seule. On prescrit des frictions à la pommade mercurielle belladonnée.

Inquiété par la possibilité de nouvelles crises, et conseillé par son médecin, le malade entre le 26 juillet 1904 dans le service de M. le professeur Tédénat.

Homme bien constitué. A l'examen de l'abdomen, on ne trouve pas de douleur spontanée. Le malade accuse un peu de sensibilité à la pression, au point de Mac-Burney. On sent un peu au-dessous de ce point, dans la fosse iliaque droite, une tuméfaction allongée verticalement, cylindrique, un peu plus grosse que le pouce. On

pense à un appendice en voie de refroidissement, avec peut-être une tumeur du petit bassin.

Le 4 août on opère le malade. Après une anesthésie préalable au mélange éther-chloroformique, M. le professeur Soubeyran pratique une incision de Roux. Après diérèse des plans musculaires, le péritoine est incisé et repéré.

L'appendice est facilement trouvé un peu augmenté de volume et adhérent, sur tout son parcours, au péritoine de la fosse iliaque. Il est très nettement descendant, s'enfonce dans le petit bassin, et il est impossible d'atteindre avec le doigt son extrémité. De plus cette extrémité, qui descend en avant du rectum, adhère au rectum et à la tumeur kystique dont nous allons parler.

L'appendice est réséqué et son extrémité, inabordable au doigt, est abandonnée dans le petit bassin. On touche le moignon au thermocautère et on l'enfouit. Cette première partie de l'intervention pratiquée, on trouve dans la fosse iliaque droite une petite tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, blanchâtre, ressemblant à s'y méprendre à un ganglion caséifié. Cette tumeur est recouverte par le péritoine qui se continue sur la vessie. On incise le péritoine et on cherche à séparer la tumeur de la vessie, ce qu'il est absolument impossible de faire, à cause de son adhérence intime avec cet organe. Sous l'influence des efforts d'extirpation, la tumeur, très adhérente et fragile, se crève et des matières pseudo-sébacées en sortent.

On pratique alors plus profondément l'exploration avec la main et on s'aperçoit que cette tumeur se continue dans la profondeur de l'excavation du petit bassin, en avant du rectum, qu'elle déborde à droite, en arrière

de la vessie, paraissant adhérer intimement avec cette dernière.

A l'expression, il s'en échappe un liquide abondant légèrement trouble.

Après résection de la partie supérieure de la poche, les bords en sont marsupialisés ; puis un drain très long est enfoncé dans la cavité, dont la hauteur mesure de 15 à 18 cm. De plus, un aide introduit son doigt dans le rectum, et il sent très bien, au niveau de la prostate, le drain qui butte contre la paroi de la poche. Suture de la paroi à deux plans, et fixation du drain. On était en présence d'un kyste rétro-vésical peut-être hydatique.

5 août. — Quelques vomissements chloroformiques, ventre souple, pouls 90, température 37°3.

7 août. — Premier pansement. La plaie va très bien. un liquide citrin s'écoule par le drain, assez peu abondant. Pouls 90, température 37°2.

10 août. — En faisant le pansement, on aperçoit entre l'ouverture de la poche et le drain une vésicule hydatique, flasque, paraissant morte, du volume d'une noix. Une dizaine de calibres différents sortent aussi. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique.

14 août. — Les fils sont enlevés. Réunion par première intention. Le kyste suppure beaucoup, et quelques vésicules mortes s'extériorisent. Bon état général. L'appétit et les selles sont parfaits. La température est de 37°, pouls 80.

20 août. — A une heure du matin, le malade sent un violent point de côté au niveau de l'épine de l'omoplate droite.

Température 38°, crachats sanglants, fibrineux. Matité et exagération des vibrations dans la région moyenne du poumon droit. On diagnostique une congestion pul-

monaire et on donne une potion à l'ipéca. La plaie est en parfait état.

22 août. — On retire le drain et on bourre le trajet à la gaze iodoformée.

29 août. — Deux vésicules s'éliminent encore. La congestion pulmonaire est complètement guérie.

Le 10 septembre, le malade sort guéri. Son état général est parfait. La cicatrice est très solide. Pendant sa convalescence, le sujet a présenté des fonctions urinaires et digestives très régulières.

OBSERVATION III

(Tuffier. — *In* Thèse Gatten, Paris, 1898.)

Kyste hydatique rétro-vésical.

L... Aristide, 35 ans, entré à la Pitié le 8 novembre 1898.

Depuis l'âge de 14 à 15 ans, il a toujours eu des besoins fréquents d'uriner. Il se levait plusieurs fois la nuit ; mais, en dehors de cette pollakiurie, il n'avait jamais remarqué rien d'anormal avant ces derniers temps. Il y a six mois environ qu'il sent dans le bas-ventre, au-dessus de la symphyse, une tumeur ; c'est depuis cette époque aussi qu'il a commencé à souffrir de douleurs survenant par crises. Ces dernières se produisent tous les quinze jours, toutes les trois semaines. Elles sont très vives.

Le malade entre à l'hôpital.

Il est bien constitué ; pas de démangeaisons ni d'urticaire. Pendant l'expiration principalement, la vue constate au-dessus du pubis une légère voussure, remontant à environ un travers de main et s'étendant, dans le sens transversal, jusque vers le milieu des aines.

La percussion à ce niveau donne une matité absolue. Elle n'est pas douloureuse.

À la palpation, qui est également indolore, on sent une tumeur arrondie, absolument régulière, de consistance ferme, immobile, dépassant la symphyse de quatre travers de doigt, et atteignant de chaque côté le milieu du pli de l'aîne.

Cette tumeur n'est pas fermée par la vessie ainsi que le montre le cathétérisme. On sent cette dernière après évacuation, sous forme d'un petit gâteau, allongée verticalement et légèrement déplaçable à droite ou à gauche.

Par le toucher rectal, on sent, bombant fortement sous le rectum, par sa paroi antérieure, une tumeur arrondie, lisse, régulière, très fluctuante, assez douloureuse, non mobilisable, qui, comme le montre nettement le palper bi-manuel, n'est autre chose que le pôle inférieur d'une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, à contenu liquide, dont le pôle supérieur est l'hypogastre.

En explorant attentivement, avec le doigt, la tumeur du côté du rectum, on voit qu'elle est située entre les vésicules séminales, au-dessus de la prostate.

On perçoit très nettement, à plusieurs reprises, le frémissement hydatique par la palpation abdominale, et cette sensation est confirmée par le doigt introduit dans le rectum.

Ce signe permet à M. Tuffier de porter le diagnostic ferme de kyste hydatique, développé entre le rectum et

la vessie et pointant vers la paroi abdominale contre laquelle il écrase la vessie, en refoulant le péritoine en haut.

Opération le 10 novembre. — Incision sous-ombilicale et ouverture du plan musculo-aponévrotique. On tombe sur la face antérieure de la vessie, qui est affaissée, flasque, de couleur rosée, et repoussée en avant par la tumeur située en arrière. On recherche le bord gauche de la vessie, on le décolle, et on récline tout l'organe à droite ; on a alors en face de soi la tumeur, qui est grisâtre et manifestement fluctuante.

Le péritoine n'est visible en aucun point ; il doit être refoulé en haut sur les côtés. Un cou de bistouri donné en pleine tumeur fait jaillir le liquide jaune pâle, absolument limpide et sans odeur (plusieurs verres).

On agrandit l'ouverture et il sort une quantité considérable d'hydatides dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule. Le kyste est complètement évacué de son contenu. M. Tuffier gratte alors avec des compresses aseptiques la paroi interne du kyste, puis il y fait passer à plusieurs reprises une solution de sublimé forte, laisse dans la poche la valeur d'un petit verre à liqueur de cette solution, puis il la referme par une ligature en chaîne.

Fermeture de la paroi abdominale en étages (3 étages).

11 novembre. — Température 38° ; pouls à 120 ; poussées d'urticaire ; insomnie, douleurs qu'on attribue à cet urticaire.

12 novembre. — L'urticaire persiste, mais pas de fièvre. Température 37°3. Le malade urine en assez grande quantité, mais moins souvent qu'avant l'opération.

14 novembre. — Plus de fièvre. Pouls 96. L'opéré se

trouve très bien mais se plaint toujours de démangeaisons atroces.

16 novembre. — Pas de fièvre. Urticaire a disparu ; il existe quelques douleurs abdominales qui précèdent l'envie d'uriner.

21 novembre. — Plus de douleurs. Urines normales, mais mictions fréquentes et peu abondantes.

24 novembre. — Tous les phénomènes antérieurs ont cessé.

26 novembre. — Le malade entre chez lui, sur sa demande, en excellent état de santé.

OBSERVATION IV

(Congrès de chirurgie, 1893.)

Kyste hydatique rétro-vésical.

1... Pierre, 35 ans.

La première fois, il y a 8 ans, constate dans la région iliaque droite l'existence de deux tumeurs du volume d'une noix d'abord qui grossissent ensuite, déterminant des crises douloureuses pendant lesquelles le malade s'alite. Envies fréquentes d'uriner, peu d'urine à la fois, sensation de pesanteur dans la vessie.

Il y a quatre ans, nouvelle tumeur dans l'hypocondre droit se développant progressivement et n'ayant provoqué qu'un léger ictère disparu depuis huit jours. Le malade maigrit et s'affaiblit.

Défécation et éjaculations normales ; seule la miction est de plus en plus gênée.

Le D^r Cazeaux ponctionne les tumeurs à deux reprises. La seconde ponction donne issue à des vésicules hydatiques.

Le professeur Villar, qui voit le malade la première fois en juin 1892, conclut à l'existence d'un kyste hydatique du foie, du mésentère et d'un kyste rétro-vésical ; il conseille l'opération.

Le malade placé dans le service du D^r Picot subit 7 à 8 ponctions dans le foie sans résultat, sauf la dernière qui donne issue à deux vésicules. Le 20 juillet, le malade passe dans le service du professeur Desmons. Il présente trois tumeurs : une dans l'hypocondre droit, une au-dessus de l'ombilic, la troisième au-dessus du pubis, rappelant la vessie distendue, régulière, rénitente, du volume d'une grosse orange et paraissant assez mobile. Pas de frémissement hydatique ; cependant, en pressant celles qui sont situées au centre de la cavité abdominale, on a la sensation d'un frottement spécial.

Le toucher rectal fait sentir une tumeur dure, sail-lante, qui déprime la paroi rectale antérieure ; les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt rectal.

Mictions difficiles, état général mauvais, amaigrissement. On opère le 28 juillet 1892. Incision depuis la symphyse jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On extrait par cette voie six kystes hydatiques de volume inégal situés soit dans l'épiploon, soit dans le mésentère.

Le kyste rétro-vésical assez volumineux s'étend à droite sur les vaisseaux iliaques externes dont on le sépare assez facilement ; il est recouvert par le péritoine

qui se continue en avant sur la vessie. On incise le péritoine, on cherche à énucléer le kyste qui résiste et se déchire, donnant issue à du liquide qui s'écoule dans la cavité abdominale. Lavage au sublimé.

M. Villar examine les connexions de la tumeur et ayant constaté son adhérence au niveau de la base de la prostate il se contente de la marsupialiser. On trouve ainsi un énorme kyste du bord inférieur du foie : marsupialisation, drainage, pansement.

10 août. — On enlève les points de suture, la plaie est cicatrisée par première intention sur l'incision abdominale. Lavage des poches.

1^{er} septembre. — La poche sus-pubienne est complètement fermée ; cicatrisation parfaite. La poche hydatique est considérablement diminuée.

25 septembre. — Le malade sort, reprend son travail et se porte bien.

OBSERVATION V

(Duplay. — *Arch. gén. de méd.*, 1887, p. 732.)

Kyste hydatique rétro-vésical.

Un cordonnier, âgé de 35 ans, se plaint d'envies fréquentes d'uriner depuis 5 mois. Il y a 2 mois, il a remarqué une tumeur dans son ventre qui grossit progressivement. La pollakiurie augmente et s'accompagne de douleurs au bout de la verge.

A l'examen, la tumeur remonte jusqu'à l'ombilic et proémine légèrement à droite. Pas d'adhérences à la paroi. Elle est élastique, tendue et nettement fluctuante.

Au toucher rectal, on la sent proéminer dans le rectum immédiatement au-dessus de la prostate, dont elle semble continuer la base. Le doigt rectal transmet la fluctuation à la main abdominale.

Le cathétérisme n'est possible qu'à l'aide d'une sonde munie d'un mandrin à forte courbure. En injectant du liquide, on voit la vessie former, en avant et à gauche de la tumeur, une nouvelle tumeur aplatie, fluctuante.

On porte le diagnostic de kyste hydatique dans la prostate ou sous le péritoine.

On ponctionne, et on aspire 1 litre et demi d'un liquide eau de roche sans albumine, sans crochet ni éléments figurés. La tumeur s'affaisse. 4 heures après, apparition d'urticaire. Quinze jours plus tard, une nouvelle ponction aspire 600 grammes de liquide louche, contenant des débris de nombreuses hydatides; pas de crochets; pas de réaction ni traces d'urticaire. Le liquide ne se reproduit pas. On ne sent plus rien dans l'abdomen ni par le rectum. Le malade sort.

M. Duplay pense que le kyste est né dans le tissu cellulaire rétro-vésical.

OBSERVATION VI

(Dr Saxahansky, de Kiew. — *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1901.)

Kyste hydatique rétro-vésical.

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui est entré à l'hôpital Saint-Cyrille de Kiew pour une rétention complète d'urine. Les premiers troubles de la miction ne datent que depuis six mois. La miction devient d'abord fréquente et douloureuse ; quelque temps après, le malade commença à avoir des difficultés pour vider la vessie, puis se montrèrent la rétention complète, une constipation opiniâtre et le ballonnement du ventre.

L'examen clinique a fait voir que l'état général était bon.

À l'entrée du malade à l'hôpital, le cathétérisme donna 800 cent. cubes d'une urine louche. Le ventre était très ballonné et sensible ; le toucher rectal faisait sentir au niveau de la prostate une grosse tumeur. Le palper bimanuel permet d'évaluer le volume de la tumeur qui est celui d'une tête de fœtus. La tumeur est assez consistante et la fluctuation n'est pas nette. Pas de fièvre. On pose le diagnostic d'un sarcome prostatique probable.

On fait pendant huit jours le cathétérisme vésical suivi d'un lavage antiseptique et on prescrit les médicaments laxatifs. Le ballonnement du ventre augmente ; le malade refuse toute nourriture. On constate que la tumeur est

fluctuante et on propose au malade d'ouvrir cette tumeur par le périnée.

Après l'incision prérectale, on ponctionne la tumeur et on voit s'écouler une certaine quantité de liquide pâle. L'incision de la poche fait sortir d'abord une petite vésicule hydatique, et puis plusieurs centaines de vésicules, dont quelques-unes grosses comme un œuf de poule. On enlève avec la curette le reste des vésicules, on lave la cavité avec du sublimé faible et on la tamponne.

Les suites de l'opération ont été assez compliquées.

La cystoscopie ne révèle rien d'autre qu'un bombement de la paroi inférieure de la vessie. Pas de calcul, pas d'orifice de diverticule.

Un nouveau toucher rectal me permet de reconnaître qu'en appuyant très fortement sur le soi-disant calcul, on provoque de la crépitation parcheminée.

En présence d'une telle masse sus-prostatique, ne siégeant ni dans le rectum ni dans la vessie, d'une consistance aussi dure, indépendante des os, comme l'attestait sa mobilité relative, je portai le diagnostic de kyste calcifié du petit bassin, et vraisemblablement kyste hydatique.

La radiographie montra une masse opaque du volume d'un gros œuf de dinde.

Le 10 janvier, je pratiquai une laparotomie sur ce malade, et derrière la vessie, sous le péritoine, je trouvai une masse que je décollai facilement de la vessie, un peu moins facilement du rectum. Cependant l'opération ne présenta aucune difficulté et fut à peu près complètement exsangue.

Je me dispensai de reconstituer le péritoine, laissant simplement un drain dans l'espace décollé.

Les suites de l'opération furent fort simples, en dehors

de la rétention d'urine que le malade eut pendant deux jours.

Trois semaines après, le malade était complètement guéri et sur le point de quitter le service.

La masse enlevée est ovalaire dans son ensemble avec deux tubérosités d'aspect cartilagineux. Elle a 8 cent. de long sur 7 cent. de large. Au moment où elle fut coupée, il s'en écoula un liquide brunâtre, contenant de nombreux débris gélatineux, restes certains de vésicules hydatiques. La coupe de la paroi a 3 millimètres d'épaisseur. Il s'agit évidemment d'une paroi calcifiée d'un kyste hydatique.

Le malade a eu la fièvre pendant quinze jours, due probablement à l'insuffisance de l'ouverture de la cavité. Grâce aux pansements et au lavage de la cavité avec les solutions très fortes de permanganate de potasse ou de teinture d'iode, le malade a pu quitter l'hôpital cinq semaines après son opération.

A la sortie de l'hôpital, l'état général est parfait, la vessie et le rectum se vident facilement, l'urine est redevenue claire, et il existe au périnée un conduit du volume du petit doigt couvert de nombreux bourgeons.

OBSERVATION VII

(Marion. — *Journal d'urologie*, 1er semestre 1914.)

Kyste hydatique calcifié rétro-vésical diagnostiqué.

Le malade, âgé de 54 ans, cultivateur, entre, le 5 janvier 1911, dans le service Civiale à l'hôpital Lariboisière. Il venait pour des troubles urinaires ayant débuté dix ans auparavant.

Ces troubles consistaient, au début, en une pollakiurie uniquement diurne. Il y a deux ans, la pollakiurie devient également nocturne. Et, depuis un an, à ces phénomènes de pollakiurie viennent s'ajouter des douleurs au moment de la miction. En même temps, la miction devient assez difficile ; l'urine est lente à apparaître, et, de temps en temps, le jet s'arrête brusquement.

La marche augmente le nombre des mictions, mais la voiture ne détermine ni douleurs ni besoins plus fréquents d'uriner. Jamais d'hématurie.

L'exploration de l'urètre ne révèle rien d'anormal.

Le toucher rectal permet de sentir une prostate normale et, immédiatement au-dessus d'elle, une masse arrondie, du volume d'une bille de billard, bombant considérablement dans le rectum et dure comme une pierre.

Je pense immédiatement à un calcul enclavé dans un diverticule du bas-fond vésical et je pratique une cystoscopie.

OBSERVATION VIII

(Dr Albarran. — *Société de chirurgie*, séance du 7 février 1900.)

Kyste hydatique pré-vésical.

K..., âgé de 59 ans, entré salle Velpeau, à l'hôpital Necker, le 1^{er} février 1900.

Il y a 18 ans, ce malade reçut un coup violent au-dessus du pubis : il dut garder le lit pendant un mois. Peu de temps après apparut, au-dessus et sur le côté droit du pubis, une grosseur du volume d'une petite noix. Le malade ne s'était plus inquiété de cette grosseur jusqu'à l'année 1897 : il éprouva alors des douleurs assez vives dans le bas-ventre et quelque difficulté dans la miction, les dernières gouttes d'urine auraient même été sanglantes. Tous ces phénomènes disparurent, mais, vers la fin de janvier 1900, des douleurs analogues à celles qu'il avaient éprouvées deux ans auparavant conduisent le malade à l'hôpital.

A son entrée, le malade se plaint de mictions fréquentes et souvent pénibles, la vessie ayant perdu de sa force contractile. Il existe, en outre, des douleurs qui siègent au niveau du pubis et qui s'irradient vers la région lombaire : ces douleurs sont constantes, mais surtout marquées pendant la marche.

A l'examen, on voit dans une région limitée par la ligne blanche et l'arcade crurale, dans la partie inférieure de la région, immédiatement au-dessus du pubis,

une tumeur arrondie qui, en dedans, atteint et dépasse légèrement la ligne médiane; en dehors, la tumeur est limitée par une ligne verticale passant par la partie moyenne de l'arcade crurale; en haut, par une ligne horizontale allant de l'une à l'autre épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur paraît au palper lisse, arrondie, mobile dans le sens transversal. Par le toucher rectal, pratiqué à la vessie vide, on constate l'existence d'une masse arrondie, du volume d'une orange, de consistance ferme.

Les muscles de la paroi abdominale en se contractant masquent complètement la tumeur. La vessie, artificiellement remplie, refoule en avant la tumeur qui devient beaucoup moins mobile.

L'examen cystoscopique démontre que la muqueuse vésicale est saine: lorsque pendant cet examen on presse sur la tumeur, on voit la paroi vésicale repoussée dans la cavité.

Je pensai à un kyste de la cavité de Retzius ou à un myome excentrique de la vessie.

Opération. — Le 7 février 1900, j'opérai ce malade. Je pratiquai dans la position inclinée l'incision de la taille longitudinale. Au-devant et à droite du sommet de la vessie, je trouvai le kyste hydatique arrondi, gros comme une orange, que je vous présente. Le kyste siégeait dans le tissu sous-péritonéal et adhérait fortement aux organes voisins. En avant, je décortiquai assez facilement le péritoine et je trouvai un fort cordon allant vers l'ombilic; c'était l'artère ombilicale. A droite, le péritoine pariétal refoulé par la tumeur lui adhérait intimement ainsi que l'épiploon; je dus ouvrir le péritoine et en réséquer une partie ainsi qu'une assez grosse masse épiploïque; je trouvai enfin l'appendice étalé sur

la tumeur et fortement adhérent, je l'enlevai. J'arrivai ainsi à décortiquer et à libérer toute la tumeur qui ne tenait plus que peu en bas au sommet de la vessie ; la couche musculaire de la vessie adhérait à la tumeur dans une étendue de 3 centimètres carrés et s'étalait sur sa surface ; je détachai soigneusement ces adhérences et, quoique la vessie ne fût pas ouverte, je crus prudent de faire à la vessie une suture de renfort et d'appui.

La tumeur que j'ai ainsi complètement extirpée présente le volume d'une orange : c'est un kyste hydatique ordinaire, plein de vésicules filles.

Les observations de kystes hydatiques pré-vésicaux sont extrêmement rares ; presque toujours les kystes sous-péritonéaux du bassin siègent en arrière de la vessie où j'ai pu observer trois exemples. Je crois que le kyste que je vous présente est le seul qui ait été extirpé complètement.

OBSERVATION IX

(Dr Nicolich, de Trieste. — *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, 1908.)

Kyste hydatique de la vessie.

Rus, L..., âgé de 13 mois, enfant très bien développé, demeurant à Trieste. Le père est plutôt maladif ; la mère saine et robuste ; une sœur de 3 ans et demi est bien portante.

Le petit malade a toujours été bien portant jusqu'il y

a deux mois, quand il eut une bronchite ; il n'a jamais souffert de la vessie.

Il y a seulement un mois environ qu'il commença à uriner plus souvent et à pleurer pendant et après chaque miction. Ces souffrances se développèrent presque soudainement. Avec la bougie à boule je n'ai rien senti, mais avec l'explorateur métallique j'ai eu une sensation comme si je touchais un calcul ; pour être plus sûr j'ai fait pratiquer une radiographie qui a été négative.

Ayant dû m'absenter de Trieste, j'ai laissé le malade à mon aide M. Ravasini qui, après avoir encore une fois pratiqué une exploration avec le même résultat, fit la taille sus-pubienne sans trouver le calcul et sans rien sentir avec le doigt introduit dans la vessie pour l'explorer. Quatre jours après l'opération, en changeant le pansement de la plaie, on trouva entre celle-ci et la gaze mouillée d'urine un corps de forme ovoïdale, allongé, de couleur blanchâtre, pareil à du blanc d'œuf cuit.

Ce corps mesurait 5 centimètres de longueur et 1 centimètre et demi de largeur dans son plus grand diamètre ; il était très fragile, de sorte qu'en le prenant entre les doigts, il se déchira en partie. Il était formé de plusieurs vessies concentriques, enveloppées l'une dans l'autre sans contenu liquide ; dans la vessie centrale, il y avait une petite concrétion calcaire grosse comme un petit pois, de couleur jaunâtre, de consistance dure, mais fragile.

Un mois après l'opération, le petit malade quitte l'hôpital parfaitement guéri. Je n'ai pu rien trouvé d'anormal dans aucun organe de l'enfant que j'ai examiné en narcose.

L'examen microscopique des membranes de ces vessies, pratiqué par M. Ferrari, démontrait qu'il s'agissait

d'un kyste hydatique. M. Motz fut aussi du même avis.

Examen chimique de la concrétion qui se trouvait dans la vessie centrale : phosphate de chaux et de magnésie, petites quantités d'oxalate de chaux, traces de fer, de silicates et de sels de sodium.

Les symptômes présentés par le petit malade et l'expulsion du kyste de la plaie sont, selon moi, suffisants à justifier le diagnostic de kyste hydatique de la vessie, et il n'eût pas valu la peine de publier l'histoire de ce cas, si l'âge du malade et le siège du parasite ne fussent exceptionnels.

OBSERVATION X

(Prof. Kallionzis, d'Athènes. — *Ann. des mal. des org. gén.-ur.*, janvier 1909.

Il s'agit d'un garçon de 10 ans qui est entré, au mois de septembre 1897, à l'hôpital d'Athènes « Esperence », à la clinique chirurgicale universitaire de M. le professeur Galvani, que j'ai eu l'honneur de suppléer à cette époque-là.

Cet enfant avait tous les symptômes rationnels de la pierre de la vessie, ce qui a été vérifié par l'examen de la vessie avec la sonde métallique de Guyon ; cystite intense, urines purulentes.

Je fais la taille hypogastrique verticale, pour extraire la pierre, mais grand fut mon étonnement et celui de mes assistants quand, *après l'ouverture de la vessie* par l'hypogastre, se sont glissés *deux kystes hydatiques*

intacts du volume d'un œuf de poule chacun, qui nageaient dans le liquide antiseptique (solution d'acide borique) que j'avais préalablement introduit dans la vessie pour la distendre. Le calcul extrait était du volume d'un œuf de pigeon.

CONCLUSIONS

L'existence des kystes hydatiques de la vessie est assez rare.

Ils viennent d'après leur ordre de fréquence après ceux du foie, du poumon, du cerveau, etc.

Ils se localisent de préférence dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et très rarement ils sont extra-péritonéaux.

Ils contractent le plus souvent des adhérences intimes avec les organes voisins.

Le traitement de choix est la laparotomie avec marsu-pialisation du kyste.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie, 1892.
— Société de chirurgie, séance du 7 février 1900.
BENOIT. — Thèse de Paris, 1897.
BOUILLY. — Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
CHARCOT. — Mémoire Soc. biol., 1852.
DOLBEAU. — Gaz. Hôp., 1867.
DUPLAY. — Arch. génér. de méd. 1867.
KALLIONZIS. — Ann. des mal. des org. gén.-ur., janvier 1909.
LAVIGNE SAINTE-SUZANNE. — Thèse de Bordeaux, 1893.
LEGRAND. — Thèse de Paris, 1890.
LEGUEU. — Communic. Cong. d'urolog., 1898.
MARION. — Journal d'urologie, 1^{er} semestre 1914.
NICOLICH. — Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1908.
PERRIN. — Société anat., 1853.
PIZE. — Société anat., 1853.
SAXAHANSKY. — Ann. des mal. des org. gén.-ur., 1901.
TUFFIER. — Soc. chirurg., 1891.
VILLAR. — Cong. chirurg., 1893.
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 juillet 1916.

Pour le Recteur,

Le Professeur de Faculté délégué,

F. JADIN.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 22 juillet 1916.

Pour le Doyen,

L'Assesseur délégué,

G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
